ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ «МЕДАР»
ЛИЦЕНЗИЯ № Л041-01021-66/00296465 от 23.12.2014 г.

ОГРН 1136685023364 ИНН\КПП 6685042514/668501001
Уральский банк ПАО «Сбербанк России»
БИК 046577674 кор./расчет.счет 30101 810 5 0000 00 00674 / 40702810316540041118
Юр./Факт.адрес: 624003, Свердловская область, Сысертский район,
город Арамиль, ул. 1 Мая, д.69, пом.6
Тел.: +7-343-328-18-38

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство – пункция гнойного очага

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента)

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента _____

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – **пункция гнойного очага**

Врач сообщил мне, что противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации

2. Суть медицинского вмешательства:

Мне разъяснено, что

- ✓ пункция гнойного очага проводится со вскрытием гнойно-воспалительного очага путем чрезкожного введения иньекционной иглы для эвакуации гнойного экссудата, промыванием физиологическим раствором или раствором антисептика.

Мне разъяснены основные этапы медицинского вмешательства. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. Ожидаемые результаты: удаление гноя и нежизнеспособных тканей из очага поражения с последующим заживлением.

4. Возможные негативные последствия (осложнения):

Мне разъяснено, что при пункции гнойного очага могут быть повреждены сосуды с последующим кровотечением, в результате чего потребуется остановка кровотечения давящей повязкой, а при ранении более крупных сосудов - перевязка сосуда.
Указанное вмешательство влечет риск госпитальной инфекции, которая может быть спровоцирована среди прочего наличием у пациента сахарного диабета, грибковых заболеваний. Применение стероидных гормонов повышает риск развития инфекции. Длительное применение антибиотиков пациентом может привести к появлению устойчивой к антибактериальной терапии флоры.

Мне разъяснено, что имеется высокий риск невозможности полного удаления некротических тканей из-за отсутствия в медицине достоверных методов выявления границы между некротизированными и живыми тканями, вследствие чего возможен рецидив гнойного очага.

Возможными осложнениями также могут быть боль, формирование шрама в месте пункции.

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5.Мне разъяснены состояние моего/(пациента) здоровья и характер необходимого медицинского вмешательства.

6.Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства (пункция гнойного очага) - вероятность развития осложнений основного заболевания (состояния) в форме генерализации воспалительного процесса и развития сепсиса.

7.Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все

интересующие и непонятные мне вопросы.

8. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту медицинское вмешательство - п**ункцию гнойного очага.**

9. **Я удостоверяю**, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

10. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент с 15 лет _____

_____

Законный представитель пациента _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность и права законного представителя:

_____

Врач _____

_____

(Ф.И.О) /подпись/

«_____» _____20___ г.